



VIEILLISSEMENT | FINISTÈRE

LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE DANS LE FINISTÈRE

#1 | Mai 2018

OBSERVATOIRE | Note d'analyse



Photo : Benjamin Deroche - Brest métropole

QUELQUES CHIFFRES CLÉS

36

services d'aide à domicile habilités
à l'aide sociale en Finistère

97 365

personnes de plus de 75 ans aujourd'hui
et une projection de 210 175 en 2050

97 %

des salarié.e.s sont des femmes

54 %

des salarié.e.s ont un salaire brut
horaire inférieur à 10 €

Dans le cadre de l'observation du vieillissement en Finistère, l'ADEUPa a réalisé un état des lieux sur les services d'aide à domicile (SAAD). Dans un contexte où les évolutions démographiques à venir vont profondément modifier le paysage finistérien, le secteur de l'aide à domicile continuera d'être fortement créateur d'emplois tout en favorisant le lien social et le bien vieillir des personnes âgées.

Cette note analyse le fonctionnement à venir et leur capacité à « absorber » les évolutions nombreuses (évolutions professionnelles, institutionnelles, sociales, économiques...).

Le nombre de professionnels pour assurer les fonctions d'aide à domicile formé ou en formation est-il suffisant ? Les structures sont-elles en capacité de recruter ? Les modèles économiques fonctionnent-ils ?

L'analyse porte sur les 36 services habilités à l'aide sociale. Toutefois un zoom a été réalisé sur les 41 autres SAAD autorisés.

Un territoire aujourd'hui bien couvert mais présentant des risques de fragilité

Une forte évolution du nombre de 60 ans et plus

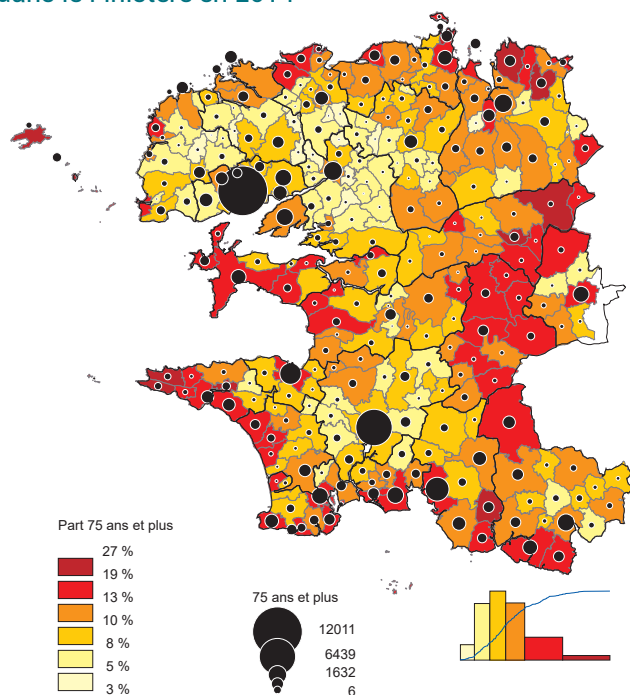
28 % de la population du Finistère a 60 ans et plus et 11 % de la population du Finistère a 75 ans et plus.

Les seniors sont très présents en nombre dans les communes les plus peuplées comme Brest métropole et Quimper, ainsi que dans les communes en bord de mer (côte Sud et Nord Finistère). Les seniors très présents en part de la population dans les communes en bord de mer et dans le Centre Ouest Bretagne.



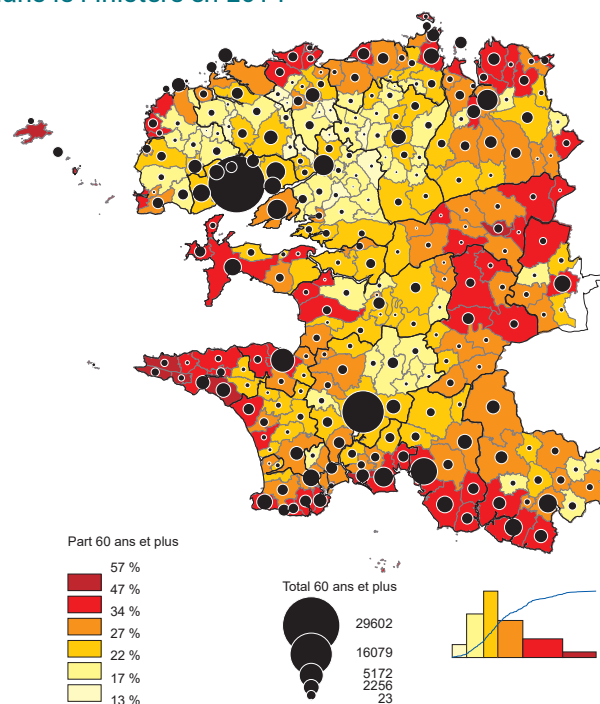
Photo : Jean Yves Guillaume - Brest métropole

Nombre et part des 75 ans et plus
dans le Finistère en 2014



Source : Insee RGP 2014

Nombre et part des 60 ans et plus
dans le Finistère en 2014

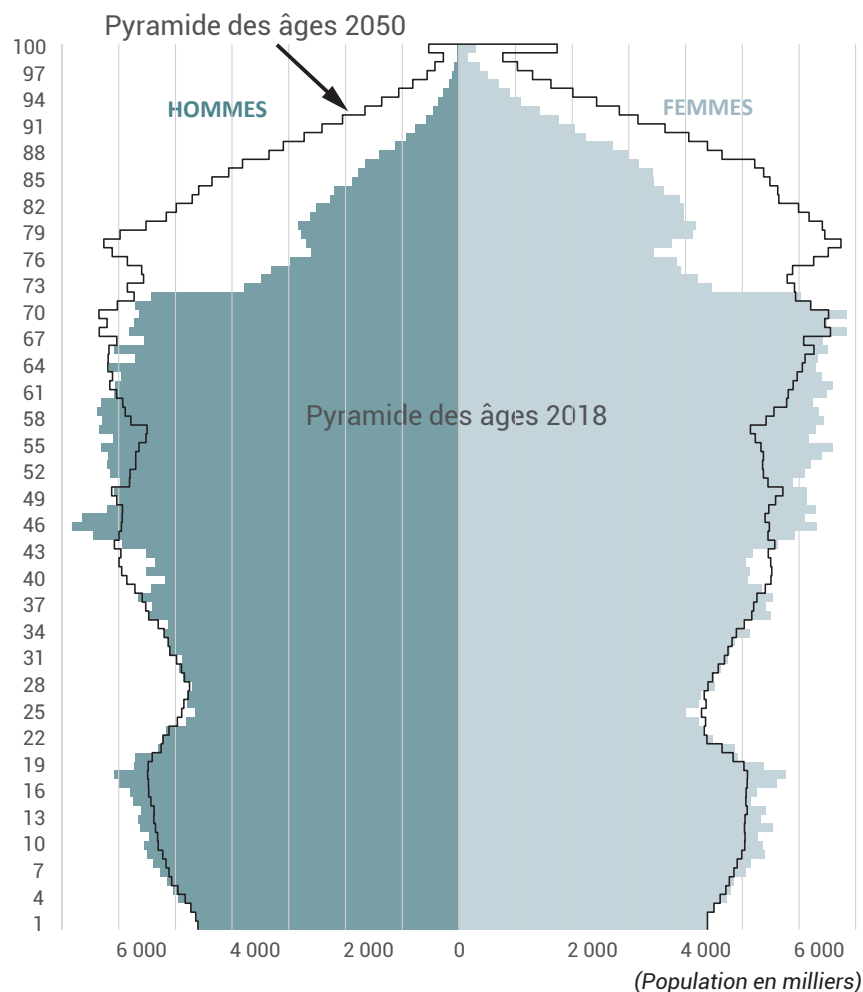


Source : Insee RGP 2014

Les seniors seront de plus en plus nombreux à l'avenir, les projections de population de l'Insee à l'horizon 2050 montrent clairement la pyramide des âges s'étoffer par le haut (65 ans et plus) mais s'amincir au niveau des 25-65 ans. Le vieillissement de la population impliquera un accroissement des besoins en matière d'aide à domicile mais dans le même temps la population active, en âge de travailler, sera moins nombreuse. Les difficultés de recrutement qui existent aujourd'hui risquent très fortement d'être amplifiées à l'avenir.

Par leurs fonctions, les villes accueillent beaucoup de seniors vivant seuls et de ménages n'ayant pas de voiture (à la fois en nombre et en part). Bien qu'étant beaucoup moins nombreux, ils représentent une part importante de la population des territoires ruraux, comme dans le Centre Ouest Bretagne et dans le Sud Finistère. Vivre seul et ne pas posséder de voiture lorsqu'on habite loin des services et commerces accroît significativement le risque d'isolement.

Projections l'horizon 2050



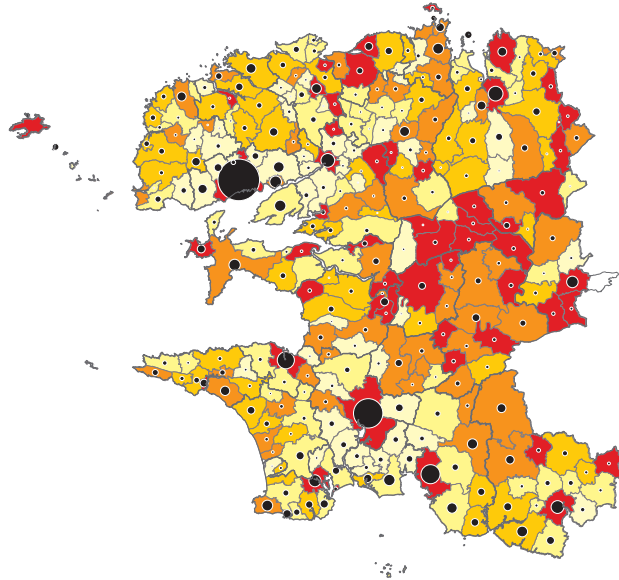
Sources : INSEE omphale 2017



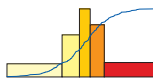
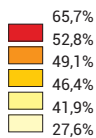
Photo : Pierrick Ségalen - Brest métropole

Le risque d'isolement est plus fort dans le Centre Ouest Bretagne

Nombre et part de ménages d'une seule personne



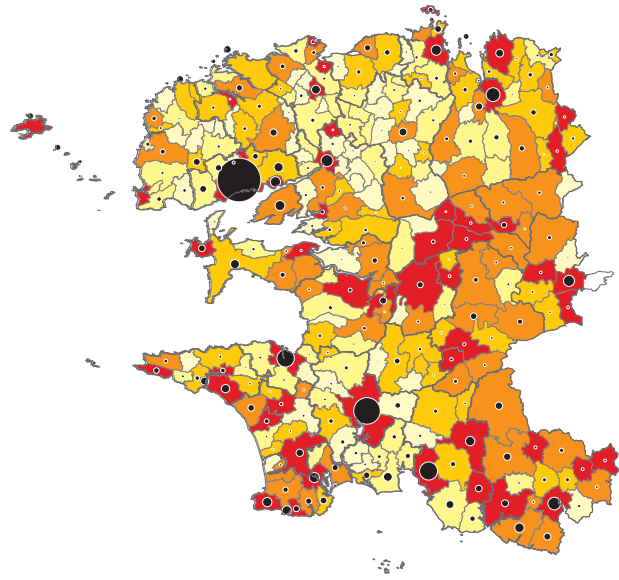
Part de ménages d'une personne



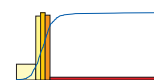
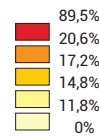
Nombre de ménages d'une personne



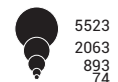
Nombre et part de ménages n'ayant pas de voiture



Part ménages n'ayant pas de voiture



Nombre de ménages n'ayant pas de voiture



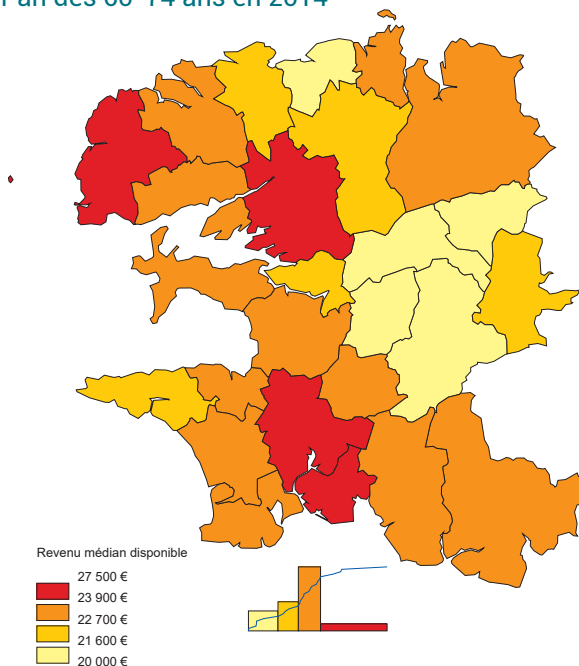
Sources : Insee, RGP 2014

Sources : Insee, RGP 2014

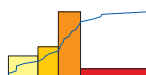
De même, le revenu des ménages est un facteur important à prendre en compte dans le risque d'isolement. Les 75 ans et plus ont des revenus bien plus bas que les

60-74 ans et ils sont davantage confrontés au risque de perte d'autonomie. C'est dans le Centre Ouest Bretagne que les revenus de seniors sont les plus faibles.

Revenu médian disponible par unité de consommation par an des 60-74 ans en 2014

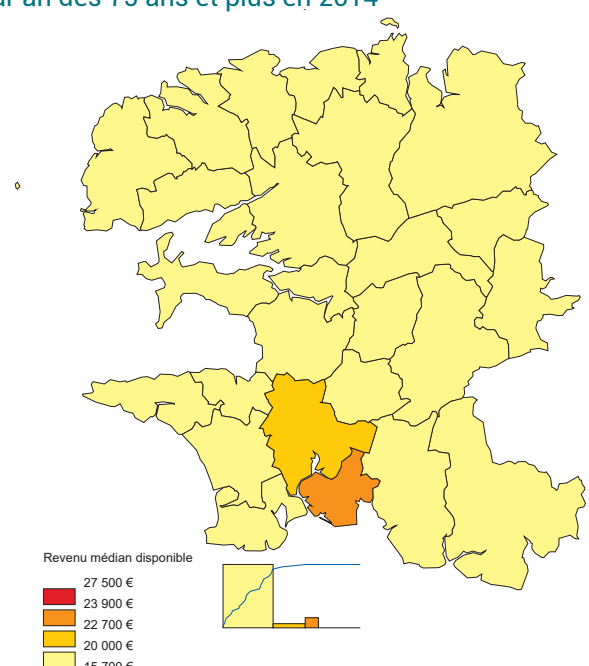


Revenu médian disponible

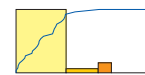


Sources : Insee, RGP 2014

Revenu médian disponible par unité de consommation par an des 75 ans et plus en 2014



Revenu médian disponible



Sources : Insee, RGP 2014

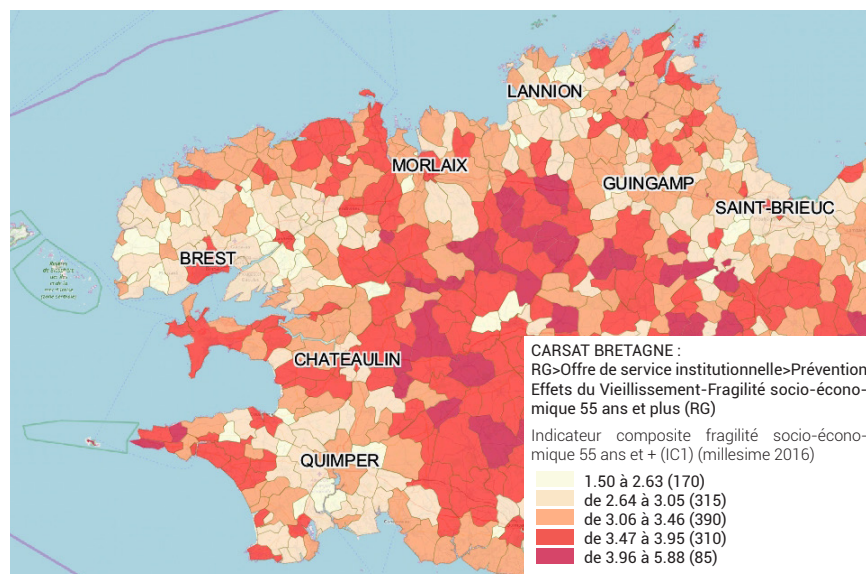
L'observatoire des fragilités de la CARSAT a créé un indicateur composite pour mesurer la fragilité socio économique des 55 ans et plus :

4 facteurs de risque de fragilité ont été retenus pour mesurer :

- L'âge des retraités et des assurés
- Le bénéfice ou non d'une pension de réversion
- L'exonération ou non de la CSG
- Le non-recours aux soins 12 mois

Une fois encore, le Centre Ouest Bretagne ainsi que quelques communes du Finistère sud, de la côte nord et de la Presqu'île de Crozon montrent des risques de fragilités plus importants qu'ailleurs.

Fragilité socio-économique des 55 ans et plus



Source : CARSAT Bretagne CNAV-SNSP

Le Finistère est aujourd'hui bien couvert en services d'aide à domicile.

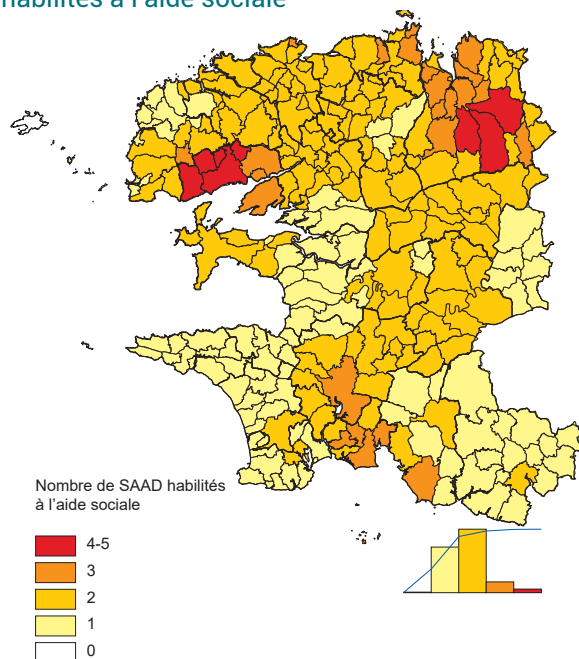
Qu'en sera-t-il demain ?

Toutes les communes du département sont couvertes par un service d'aide à domicile habilité à l'aide sociale, hormis Ouessant. C'est à Brest métropole et dans l'agglomération de Morlaix qu'ils sont les plus nombreux.

Si l'on compte l'ensemble des SAAD (les services seulement autorisés et ceux qui

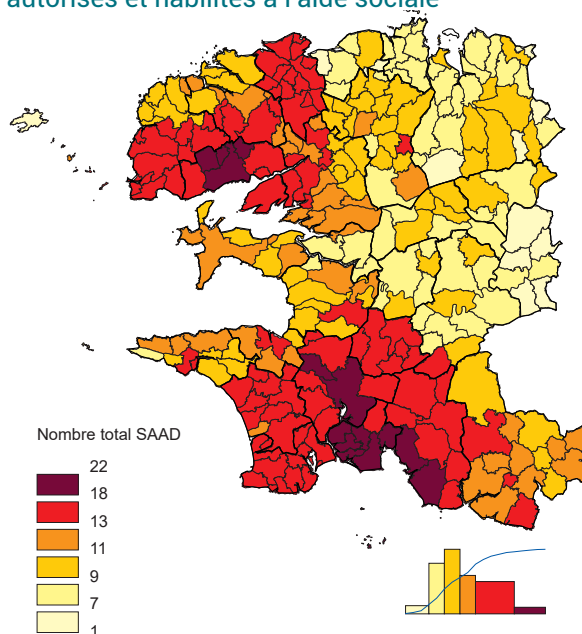
sont habilités à l'aide sociale), le nord du Pays de Brest et le Sud Finistère sont les territoires les mieux dotés. Ce sont également ceux dont les revenus des habitants sont les plus élevés. C'est dans le Pays de Morlaix et dans le Centre Ouest Bretagne qu'il y a le moins de SAAD.

Nombre de services d'aide à domicile habilités à l'aide sociale



Source : Conseil départemental 2017

Nombre de services d'aide à domicile autorisés et habilités à l'aide sociale



Source : Conseil départemental 2017



Photo : Mathieu Le Gall - Brest métropole

Nous avons calculé le nombre d'heures totales facturées en équivalent temps plein ¹

Au vu du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus aujourd'hui et en 2050, nous avons fait une estimation grossière du nombre d'équivalents temps plein qui seraient nécessaires pour pouvoir couvrir proportionnellement le même nombre de seniors.

En 2050, le nombre de personnes de 75 ans et plus aura doublé, cela nécessitera probablement que les SAAD doublent leurs effectifs.

Pays	Nb 75ans et + aujourd'hui	Equivalent T.P. annuel actuel	Pop 75ans et+ en 2050	Equivalent T.P. annuel nécessaire	Part de T.P. nécessaire en 2050 pour conserver les proportions
Pays de Brest	35 593	766	81 093	1 746	228%
Pays de Cornouaille	40 285	963	85 285	2 039	212%
Pays de Morlaix	15 145	339	30 145	675	199%
Pays du COB	6 163	118	13 653	262	222%
Finistère	97 365	2 187	210 175	4 721	216%

Source : Insee, projections Omphale 2017, et données du Conseil départemental 2017

¹ En partant seulement des heures facturées, nous ne prenons en compte que les heures présentes des intervenant.e.s à domicile, hors temps de déplacement, de réunion ou de formation. De même, le travail des équipes encadrantes et de support n'apparaît pas. Cela permet de réaliser cette estimation sur une base très basse.

L'aide à domicile, un métier aux mille facettes

Diversité des tâches, autonomie : les atouts du métier

Selon les personnes interrogées, plus que le diplôme, le caractère des intervenant.e.s et leur façon d'être sont primordiaux dans le métier. Il faut aimer les gens, être souriant, être empathique, autonome et organisé.

« Ce qui me plaît, c'est d'aider les personnes ; c'est valorisant d'avoir des remarques favorables, voir que l'état de la personne s'améliore, pouvoir leur appor-

ter des informations, équiper le domicile »

Le travail en lui-même présente plusieurs intérêts : il est varié (ménage, courses, repas, accompagnement, etc) c'est un travail en totale indépendance, diversifié car les usagers sont tous différents les uns des autres et, contrairement à l'EHPAD, le travail n'est pas chronométré. Les plannings sont établis sur 6 mois pour les week-ends et

les tournées sont connues. Globalement les salarié.e.s sont satisfait.e.s sauf lorsqu'il y a trop de remplacements à faire, ce qui est malheureusement régulier.

« J'aime l'accompagnement donc je suis un peu « dame de compagnie » pour de la grande dépendance. On fait un peu de gymnastique douce, des jeux de mémoire sur les interventions de 3h. »

Plannings, salaire, solitude : les inconvénients du métier

Le planning et les coupures dans la journée sont l'un des points noirs du métier d'intervenant.e à domicile. Les journées vont souvent de 8h ou 9h à 19h ou 20h. Pour les mères célibataires, l'amplitude horaire est une vraie contrainte en raison des problèmes de garde. De plus, les titulaires remplacent fréquemment leurs collègues qui sont en arrêt maladie, ce qui crée un stress supplémentaire. Les vacances imposées durant la période d'été ont également souvent été évoquées comme une « contrainte de plus » sur leur agenda.

« Aujourd'hui mon planning est un gruyère, j'ai eu beaucoup de décès et placements en EHPAD. Mes interventions n'étaient pas remplacées donc je remplace les urgences et c'est fatigant psychologiquement. »

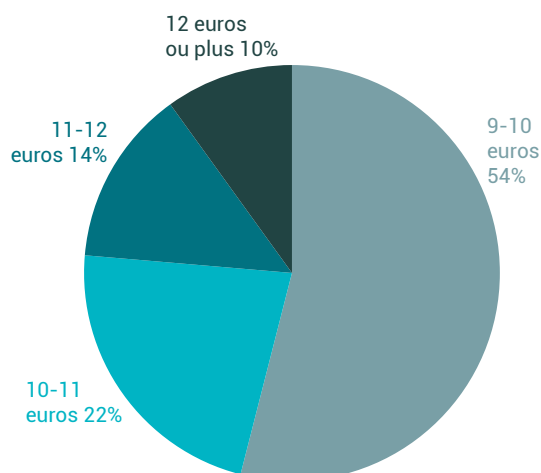
Le second point négatif du métier d'intervenant.e à domicile est le salaire et le montant de l'indemnité kilométrique. Les 2/3 des salarié.e.s sont au smic, voire moins car dans la convention collective, les 5 premiers échelons sont en dessous du smic général et il n'existe aucune prime. Pour plus de la moitié des salarié.e.s, le salaire brut ne dépasse pas les 10 €.

À titre de comparaison, dans le Finistère le salaire brut moyen (données Insee 2014) :

- d'un ouvrier est de 13,8 €/h,
- celui d'un employé est de 13,1 €/h et
- toutes catégories socio-professionnelles confondues est de 14,7 €/h.

Les 5 premiers échelons sont en dessous du smic général et il n'existe aucune prime.

Répartition des différents
contrats selon le salaire brut
horaire



Sources : Services d'aide à domicile du Finistère.
31/12/2016. Traitement ADEUPa

De plus, malgré la récente augmentation du prix du gazole, le kilomètre reste remboursé 0,35 centimes dans l'accord collectif associatif et 0,24 centimes dans l'accord collectif de la branche privée et ce depuis une dizaine d'années. Les intervenant.e.s roulent beaucoup. Pour comparaison avec le barème des impôts, voici le montant des remboursements dans l'associatif et dans le privé pour moins de 5 000 km et pour 6 000 km par an.

Indemnité kilométrique Barème impôts	Nb Km		Remboursement	
	Base 0,35 ct.	4 999	1 749€	6 000
	Base 0,24 ct.	4 999	1 200€	6 000
	3 cv	4 999	2 050€	6 000
	4 cv	4 999	2 465€	6 000
	5 cv	4 999	2 714€	6 000
	6 cv	4 999	2 839€	6 000

Sources : conventions collectives des SAAD et barème des impôts 2018

Beaucoup d'intervenant.e.s sont des femmes seules pour lesquelles le salaire n'est pas un revenu complémentaire. De plus en plus de salarié.e.s demandent des avances sur salaire et craignent de ne pas avoir les moyens de racheter une voiture en cas de besoin, ce qui signifierait ne plus pouvoir travailler.

Physiquement, le métier est difficile, beaucoup doivent s'arrêter pour des maux de dos et du genou. Certain.e.s sont déçu.e.s de la réalité par rapport à la vision qu'elles avaient du métier car le ménage représente environ 80% de l'activité tandis qu'en formation on leur parle davantage de l'accompagnement.

Mentalement, ce métier est très prenant car les intervenant.e.s sont souvent vu.e.s comme des « confident.e.s ».

« La période de vitres, c'est des semaines difficiles. Aspirateur, sol, désinfecter les sanitaires, c'est au quotidien. C'est la manutention qui est difficile, pour le lever et le coucher. Beaucoup de collègues veulent devenir aide-soignantes car elles en ont marre du ménage de confort. »

« 20 licenciements par an, pas toujours des âgées (41, 30, 26 ans... sinon dans la cinquantaine). Ce n'est pas que pour des problèmes physiques : allergies acariens, ne supporte plus de travailler avec des personnes âgées, ne supporte plus de conduire... »

Bien que de plus en plus reconnu, le métier d'aide à domicile n'est pas encore suffisamment valorisé. L'image de la « femme de ménage » est encore souvent présente dans les esprits. Les salarié.e.s se positionnent de mieux en mieux en reprenant les usagers qui utilisent ce terme.

« Si une intervenante à domicile arrive à 9h10 au lieu de 9h05, on lui fait remarquer qu'elle est en retard alors qu'on ne le dit jamais à un médecin ou une infirmière. »

Le manque de reconnaissance professionnelle est manifeste, encore plus important qu'en EHPAD. Lors des grèves du début d'année 2018, les médias ont très majoritairement parlé des établissements alors que les aides à domicile étaient également en grève.

L'autonomie professionnelle est pour beaucoup également synonyme de solitude. L'utilisation du smartphone n'a pas modifié cet aspect car l'isolement professionnel passe surtout par les deuils ou les crises.

Pour résumer :

« Il faudrait revoir leur rémunération, si on est reconnu, il faut un meilleur salaire. Elles utilisent leur véhicule personnel et l'indemnité n'est pas suffisante. Beaucoup de contraintes d'amplitude horaire, petit salaire, c'est normal que ce ne soit pas attractif. Leur planning change de plus en plus souvent car il y a beaucoup d'arrêts maladie. »

L'augmentation du salaire horaire pour qu'il dépasse le SMIC serait un élément fondamental qui permettrait à la fois l'attractivité du secteur (faciliterait les recrutements) et serait le marqueur d'une vraie reconnaissance professionnelle.



Photo : Sébastien Durand - Brest métropole

Profil des professionnels à domicile et difficultés de recrutement

Les difficultés de recrutement sont réellement très importantes presque partout. Seuls les territoires les plus ruraux comme les Monts d'Arrée ne connaissent pas ce phénomène, le faible nombre d'emplois présents dans d'autres secteurs d'activité expliquant certainement cela. Les habitants des communes concernées sont privilégiés dans les recrutements car la proximité leur permet de rentrer à leur domicile durant les coupures.

« Sur un territoire rural, peu de perspectives d'emploi donc les gens restent plus longtemps. »

« Pôle emploi ne connaît pas le métier, il envoie en formation des gens qui n'ont pas le permis ou qui ne veulent pas du tout faire ça. »

Le recrutement est tellement problématique que l'une des structures a préféré proposer du chômage partiel pour 5 salarié.e.s à un moment où l'activité a baissé plutôt que de licencier. Les salarié.e.s n'ont rien perdu, la structure a compensé la perte de salaire.

Tous les CDD se transforment rapidement en CDI, mais beaucoup de salarié.e.s refusent le CDI car cela signifie une perte de salaire de minimum 10 % (prime de précarité et congés payés). Il y a peu de turn over pour les personnes qui ont réellement choisi ce métier mais beaucoup plus pour les personnes qui commencent à exercer ce métier. Le rapport au travail change, de moins en moins de personnes veulent rester installer dans un CDI. On observe une mutation du rapport au travail relativement importante.

« On a proposé deux CDI hier, l'une était ravie mais pas l'autre. Plus de prime de précarité ni congés payés. Le métier est difficile, peu valorisé tant sur les prestations qu'au niveau salaire. On a beaucoup de mères isolées, beaucoup d'arrêts maladie, on a du mal à recruter des jeunes, beaucoup ont la cinquantaine. »

Les aides à domicile ont des profils professionnels très variés. Certain.e.s étaient coiffeur.euse.s, beaucoup de salarié.e.s agricoles, femmes au foyer, comptables, vendeur.euse.s, ouvrier.ère.s d'usine. Aujourd'hui, il y a de plus en plus de salarié.e.s formé.e.s (AFPA, ou cursus scolaire en sciences et technologies de la

santé et du social ST2S, ou BEP). Mais il reste un effort à faire sur la communication autour des formations car elles ne suffisent pas à répondre à l'offre. Les futurs diplômé.e.s d'AES (Accompagnement Éducatif et Social) peuvent choisir entre une spécialisation dans le domicile ou le service en structure. Cependant, la très large majorité se dirige vers l'EHPAD car cela signifie temps plein et horaires continus (du matin ou de soir).

« On met des annonces : journaux, Le Bon Coin, notre site, Pôle emploi. On cherche tout le monde, même des non diplômés. Tous les ans, on essaie de leur faire passer les diplômes. Je travaille avec le PLIE, les écoles (AFPA, GRETA, Fénelon), la mission locale. On vient de faire un forum emploi sur l'aide à domicile, organisé par le CCAS. On fait tout ce qui est possible pour recruter. »

« On commence les matinales de l'emploi. J'ai tout le temps des retours, mais peu correspondent au profil. Je fais de la communication lors des stands portes ouvertes des écoles pour communiquer sur le métier. Fénelon bac techno sciences et technologies de la santé et du social (ST2S) stand services à la personne. »

« L'an dernier, on s'est rapproché d'uniformation et pôle emploi (POEC) : on vise à sélectionner des gens qui pourraient être intéressés, on les envoie en formation. Sur les 4 salarié.e.s, une seule est restée. Les autres n'étaient plus intéressés après la formation. La formation prolongeait juste leurs droits au chômage. »

Exemple d'offre d'emploi "aide à domicile"

Aide à domicile

29 - KERLOUAN-GUISSÉNY / ST FREGANT - [Localiser avec Mappy](#)
Actualisé le 04 avril 2018 - offre n° 069CHRK

Vous interviendrez dans les actes ordinaires et essentiels de la vie quotidienne auprès de publics variés (personnes âgées, personnes en situation de handicaps, familles et enfants).
Vos missions principales : stimuler l'autonomie, aider et accompagner dans les actes d'hygiène, de mobilité dans le respect du confort, du bien être, des capacités et besoins des personnes, préparer les repas, les servir, entretenir le linge, réaliser des opérations de ménage.
Vous interviendrez sur les communes de Kerlouan, Guissény et Saint Frégant.

- Contrat à durée déterminée - 1 Mois
Contrat travail
- 24H Travail le samedi
- Salaire : Horaire de 9.88 Euros indemnité kilométrique
- Déplacements : Quotidiens

PROFIL SOUHAITÉ

Expérience

Débutant accepté

Compétences

Accompagner la personne dans les gestes de la vie quotidienne

Dépoussiérer les sols, les tapis, les meubles, les objets et aérer, désodoriser les pièces

Entretien des locaux

Entretien du linge de maison et les vêtements de la personne

Préparer les aliments (épilage, lavage, ...) ou réaliser le repas de la personne

Formation

CAP, BEP ou équivalent Santé secteur sanitaire

Permis

B - Véhicule léger Exigé

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Secteur d'activité : Aide à domicile
- Candidatures en cours : 1

Sources : extrait du site internet Pôle Emploi

L'une des directrices rencontrées en entretien avait posté une annonce pour deux postes d'aide médico-psychologique (AMP) et elle a reçue 5 candidatures tandis que pour une annonce d'intervenant.e à domicile, elle n'en reçoit aucune.

Sur le site de Pole Emploi, environ 240 annonces apparaissent lorsqu'on cherche un emploi d'« aide à domicile » dans le Finistère. Toutes ne correspondent pas exactement puisque des postes d'aide-soignant ou d'employé saisonnier en camping apparaissent. Il s'agit quasi exclusivement d'un temps partiel (17 temps plein sur 240), et il y a 157 CDI proposés, soit plus de la majorité. Beaucoup d'annonces indiquent « peu de candidats ».

Le permis de conduire et une voiture sont presque obligatoirement nécessaires, il existe des salariées à scooter ou en vélo, mais cela complique beaucoup les plannings et les salarié.e.s doivent pouvoir être en capacité de déplacer les usagers (courses et rendez-vous médicaux par exemple). À défaut de permis de conduire, une voiture sans permis est possible.

Parmi les intervenant.e.s à domicile rencontré.e.s, une part non négligeable a aidé un membre de sa famille (ou ami) vieillissant ou en situation de handicap. C'est l'élément déclencheur qui motiva l'orientation professionnelle vers le métier d'intervenant.e à domicile. Voici quelques histoires d'intervenant.e.s rencontré.e.s :

« J'étais esthéticienne, après mon congé parental, la patronne ne m'a pas reprise. J'ai été deux ans au chômage, j'ai fait du bénévolat chez une voisine handicapée où j'ai côtoyé les aides à domicile. J'ai suivi une formation avec un stage et puis recrutement ici ensuite. »

« J'ai 59 ans, j'ai été aidante familiale de 1979 à 1993 auprès de ma mère hémiplégique, ensuite formation relaxologue. J'ai élevé mes enfants, j'ai suivi une formation d'assistante de vie aux familles en 2013. J'ai travaillé en structure mais je préfère le domicile car plus de souplesse moins de stress horaire. »

« Avant, j'étais étudiante en aide sociale et santé et j'ai commencé à travailler en 2004 à l'ADMR le week-end et pendant les vacances. N'ayant pas trouvé de débouché en lien direct avec les études, j'ai continué dans cette structure. »

« Avant je travaillais en usine. Je m'occupais de ma grand-mère et ça me plaisait. »

« J'ai commencé à 19 ans. Je faisais des remplacements l'été, le métier m'a plu. »

« Je travaillais dans un labo de prothèse dentaires, puis licenciement, envie de changement, d'avoir moins de stress. Initialement, j'avais fait un BEP sanitaire et social car je voulais être aide familiale mais j'étais trop jeune, donc après mon chômage, j'ai commencé par des remplacements ADMR. »

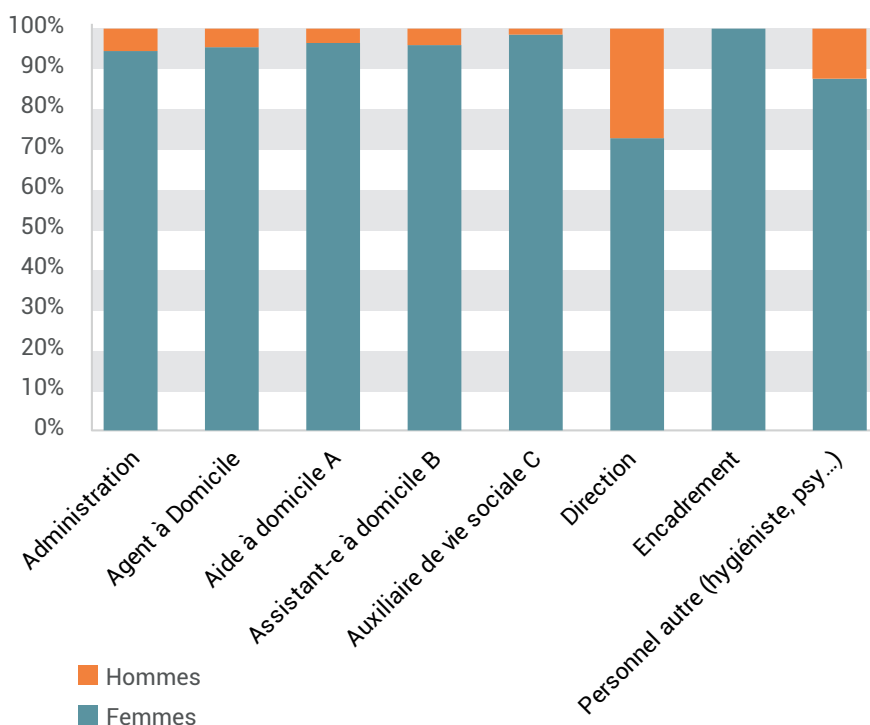
« Au départ, c'était juste un job d'été qui m'a plu, j'ai fait le DEAVS, j'ai découvert le handicap. Au départ, ma belle-sœur m'a parlé du domicile, je voulais plus m'orienter structure mais finalement ça me plait plus. »

« Avant, je travaillais dans le tourisme en région parisienne, déplacement ici pour suivre mon mari, j'avais 49 ans donc obligée de me reconverter. J'ai fait 6 mois en EHPAD sans formation mais trouve que la formation est nécessaire. Je n'ai pas aimé travailler en EHPAD, on a plus de temps à domicile, je n'avais jamais le temps d'être vraiment avec les gens. »

Les salarié.e.s des SAAD sont à 97 % des femmes. Les hommes sont surreprésentés à des postes de direction (mais les volumes sont très faibles). Parmi les intervenant.e.s à domicile, de plus en plus d'hommes sont recrutés bien qu'ils restent encore très rares.

97 % des salarié.e.s des SAAD sont des femmes.

Répartition Femme / Homme en % selon le poste



Sources : Services d'aide à domicile du Finistère. 31/12/2016. Traitement ADEUPa

Évolutions récentes

Plusieurs structures constatent des demandes croissantes pour de la garde d'enfants ou de personnes handicapées en horaires atypiques (divorce et mère seule infirmière, ou père chauffeur routier, etc.). Ce mode d'aide ne rentre pas dans les cases proposées habituellement. Beaucoup de situations d'autisme sont également signalées.

Tous s'accordent pour dire que la dépendance est de plus en plus forte. Ce n'est plus du service ménager, il y a davantage de repas et d'aide au coucher et lever qu'avant. La solidarité familiale est moins présente et/ou les aidants travaillent plus tard et/ou ne sont pas toujours géographiquement proches. Dans les villes les plus importantes, les intervenant.e.s notent un accroissement des addictions et des troubles psychiatriques.

Addictions et accroissement de la dépendance entraînent davantage de chocs psychologiques chez les aides à domicile ce qui provoque des arrêts de travail (suite à des décès, agressions, etc.). Les plans d'aide semblent trop restreints pour permettre un bon accompagnement. De plus, le report des heures lors d'une hospitalisation possible seulement par trimestre pose problème puisqu'une personne hospitalisée en mars ne pourra pas avoir de report de ses heures en avril alors que quelqu'un hospitalisé en janvier si. Il semblerait souhaitable de ne plus limiter le report au trimestre.

« Le ménage est la tâche numéro un et, en deux, c'est les repas. De moins en moins d'accompagnement demandé car moins d'heures APA. Maintenant, les plans d'aide ont une durée minimale de 3 heures, avant c'était 18h. On fait moins d'accompagnement, l'entourage des personnes s'attache à ce que le ménage soit fait. On leur rappelle que dans le plan d'aide, ce n'est pas que du ménage. »

« Les plans d'aide ne sont plus suffisants. Les personnes en GIR 3-4 sans lien familial régulier ont plus de besoins qu'un GIR 2 qui a une famille proche. C'est au cas par cas. Aujourd'hui le système est trop rigide. L'entourage doit être inclus. »

Avant les personnes âgées ne voulaient pas d'hommes, ni de personnes ayant des piercings ou tatouages. Les mentalités évoluent, aujourd'hui cela ne semble plus poser de problème.

« Il y a de plus en plus d'hommes, 6 sur 150. Dans un monde idéal, il y en aurait encore plus. »

L'utilisation du smartphone a considérablement facilité la tâche des aides à domicile, comme celle des services administratifs. Bien qu'au départ il y ait eu beaucoup d'appréhension, la « peur d'être fliqué », c'est un réel gain de temps (plus

de fiches papier à remplir chez chaque usager). De même, les livrets d'accueil clarifient bon nombre de choses tant pour l'usager que pour l'intervenant.e : quel matériel doit être à disposition, indication de produits ménagers moins toxiques, tâches pouvant et ne pouvant pas être demandées, etc.



Photo : Mathieu Le Gall - Brest métropole

ET DANS LES SERVICES PRIVÉS ?

Le métier d'aide à domicile est strictement le même que l'on soit dans une association, un CCAS ou une entreprise. Les difficultés de recrutement sont les mêmes, particulièrement pour les structures qui demandent obligatoirement le diplôme.

« Les candidatures sont trop chères sur Le Bon Coin. Je recrute avant la fin de la formation pour les avoir, je ne recrute pas de non formées car je ne pourrai pas les mettre sur tous les dossiers et ce serait beaucoup trop compliqué de faire les agendas. »

L'une des structures va mettre en place des actions pour valoriser le métier. Elle a fait des questionnaires pour savoir ce qui plaît aux salarié.e.s.

« Selon les âges c'est différents, les jeunes aiment changer de bénéficiaires alors que les plus âgées aiment l'autonomie. »

À LA RECHERCHE DE LA QUALITÉ DE SERVICE

L'impossible gestion des plannings

Globalement, toutes les structures rencontrées cherchent à répondre au mieux aux attentes des usagers en matière de plannings d'intervention. Si les levers, couchers et repas doivent respecter certains créneaux horaires, les courses, l'accompagnement ou le ménage sont les activités qui peuvent être réalisées à des horaires moins contraints.

« Parfois il faut négocier avec l'usager pour que les courses soit tel jour et non tel autre pour que ça puisse rentrer dans les plannings. »

Le planning est l'une des principales difficultés dans les services. Si chaque intervenant.e a une « semaine type », il est très fréquent qu'elle soit modifiée afin d'absorber les arrêts maladie ou les vacances des collègues. Seuls les arrêts longs sont remplacés ainsi que les vacances scolaires. Le lissage du temps de travail sur l'année permet cette souplesse.

Chaque intervenant.e travaille 1 week-end sur 2 ou 1 week-end sur 4 selon les structures (ou plus s'ils le souhaitent car le dimanche est mieux payé). Dans une large majorité des cas, des vacances sont imposées à tour de rôle pendant la période d'été. Il s'agit de la période où les structures recrutent le plus afin d'absorber une partie de l'activité.

Le planning nécessite de la souplesse et un temps un peu plus large entre chaque intervention. Le trajet entre deux domiciles est un moment où l'intervenant.e peut « souffler ». De plus, les aléas de la route ne doivent pas être un facteur de stress supplémentaire.

« Par exemple si Madame machin pleure au moment du départ, il faut rester un peu plus. Le timing peut stresser, parfois, elles sentent que certains usagers « leur tiennent la jambe ». Ce sont des situations difficiles à gérer. »

Plusieurs critères entrent en compte pour faire un bon planning : le secteur géographique, l'adéquation entre le diplôme et le niveau de dépendance, le caractère de l'intervenant.e et celui de l'usager, les souhaits ou nécessités pour l'intervenant.e (par exemple les allergies aux poils d'animaux ou refus de fumée de cigarettes, etc.). De plus, les assistant.e.s de vie sociale étant les moins nombreux, il n'est pas non plus souhaitable de leur confier uniquement les situations les plus compliquées afin de limiter leur fatigue physique et psychologique. Quelques heures de ménage de confort permettent aussi à l'intervenant.e de « souffler » par rapport à des interventions chez des usagers atteints de troubles du comportement ou souffrant d'addiction, d'Alzheimer...

« Dans certains cas on devrait mettre une AVS mais on n'en a pas toujours. Beaucoup de catégories B, peu de A et de C. »

La sectorisation des interventions sert à limiter les déplacements des intervenant.e.s, mais dans le cas d'une récente fusion d'associations, il peut être souhaitable de décloisonner les antennes afin d'optimiser les horaires et les distances.

« On veut raisonner globalement et non plus par antenne pour les plannings. On essaie de lisser pour les 6 anciennes structures. »

Le planning est l'une des principales difficultés dans les services



Photo : Yvan Breton - Brest métropole

Politiques salariales

L'ensemble des structures a une très large majorité de salarié.e.s en CDI. Les CDD ne servant qu'à remplacer les personnes en arrêts maladie longs ou durant les vacances scolaires.

Si, globalement, les temps de travail sont en théorie choisis par les salarié.e.s, il n'y a que peu de temps complets. Pour une large majorité des structures rencontrées, le temps de travail « standard » est 30-32h semaine, environ 130 heures par mois. La modulation au semestre permet de pouvoir faire supporter les différents arrêts de travail sur les salarié.e.s déjà en poste, sauf embauche de CDD supplémentaires pour les arrêts longs. Ce lissage ne serait pas possible si chaque salarié.e.s était à temps complet (surcoût des heures supplémentaires et trop lourde pénibilité pour l'employé.e).

À de rares exceptions, direction et intervenant.e.s s'accordent à dire qu'un temps de travail de 35h par semaine est trop pénible physiquement et psychologiquement. Cependant, le salaire en fin de mois s'en ressent, d'autant plus qu'il s'agit souvent du seul salaire du ménage (beaucoup de femmes seules ou avec enfants).

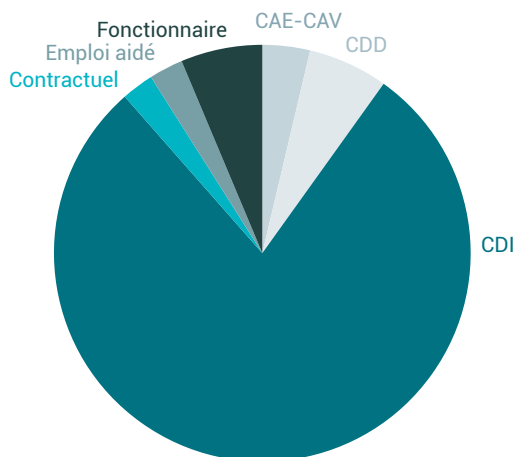
« 130 heures, c'est trop et pas assez à la fois, pas d'alloc chômage au-dessus de 70h, pas de prime d'activité, moins d'APL donc pas d'aides, mais un petit salaire loin du temps complet. »

« La majorité du temps, c'est elles qui veulent réduire leur nombre d'heures. Les personnes ont rapidement des douleurs. Mais si on donne moins d'heures, elles vont chercher des contrats ailleurs et ensuite c'est plus difficile pour gérer les plannings. »

Les arrêts sont problématiques car les remplacements sont généralement les « points noirs » dans les enquêtes de satisfaction. En effet, les usagers souhaitent que ce soit toujours la même personne qui vienne à leur domicile. De même, les premières rencontres avec les usagers sont des sources de stress pour les intervenant.e.s.

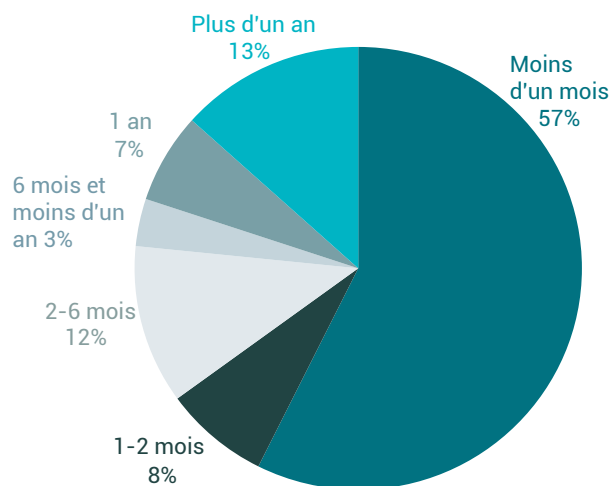
« Même après 20 ans de ce métier, je stresse encore quand je dois aller chez une personne que je ne connais pas. C'est encore pire si c'est tôt le matin, je déteste rentrer chez des inconnus pendant qu'ils dorment encore. »

Répartition par type de contrat de travail des salariés présents au 31/12/2016



Sources : Services d'aide à domicile du Finistère. 31/12/2016. Traitement ADEUPa

Durée des contrat dans le temps



Sources : Services d'aide à domicile du Finistère. 31/12/2016. Traitement ADEUPa

Dans certaines structures, il existe des « pools de remplacement », des « roulants » pour pouvoir prendre une tournée en cas d'arrêt. Mais ce mode de fonctionnement reste temporaire car ils sont ensuite prioritaires pour avoir leur propre tournée. Les salarié.e.s qui restent roulants trop longtemps finissent par démissionner. On trouve aussi la mise en place de binômes. Ainsi, un usager ne verra normalement que deux intervenant.e.s qui se remplaceront mutuellement durant les congés ou arrêts maladie.

« On essaie de faire des binômes pour que les personnes voient toujours les deux mêmes têtes. Les salarié.e.s communiquent mieux sur leurs congés aussi. »

Avant les aides à domicile s'approprièrent les personnes âgées, c'était « leurs » personnes aidées. Aujourd'hui ce n'est plus le cas. »

Le travail d'intervenant à domicile est fatiguant psychologiquement mais aussi physiquement. Il s'agit d'un métier très accidentogène, les accidents du travail sont plus fréquents et plus graves : risque routier, troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux, infectieux, chimiques... la liste est longue. Dès que les salarié.e.s ont un problème, ils le déclarent en maladie professionnelle pour ne pas perdre le jour de carence ni les congés.

Les licenciements pour inaptitude sont nombreux bien qu'ils ne soient pas toujours une des conséquences du travail dans le secteur de l'aide à domicile.

« On force sur les titulaires ; par la modulation, on augmente leur charge de travail pour combler les arrêts maladie. Il y a aussi souvent des arrêts pour enfant malade ou pour des troubles musculo-squelettiques car beaucoup sont en reconversion après un travail en serres de tomates par exemple. »

Certaines très jeunes femmes ont été licenciées pour inaptitude car elles ont très tôt développé des pathologies alors qu'elles étaient formées et accompagnées sur les bons gestes. Les inaptitudes ne sont pas toutes physiques, certain.e.s salarié.e.s ne supportent plus de conduire ou d'être confronté.e.s au deuil.

Les services de psychologues pourraient être mutualisés par l'ensemble des SAAD afin de soutenir leurs intervenant.e.s en cas de besoin.

L'âge moyen est assez élevé (44 ans), donc il est plus fréquent que les salarié.e.s demandent une baisse de leur nombre d'heures. Dans quelques années, les recrutements devraient être de plus en plus nombreux car beaucoup vont partir en retraite et le nombre de personnes âgées aura augmenté.

Généralement, les horaires vont de 8h à 20h (hors prestations particulières comme de la garde d'enfant ou de personnes handicapées en horaires atypiques). Dans beaucoup de services, l'amplitude maximale de 12h a été réduite à 10h afin de garantir une meilleure qualité de vie aux salarié.e.s. Beaucoup plus rarement, les plannings sont organisés pour limiter les coupures et organiser un temps de travail soit tôt le matin jusqu'en fin d'après-midi, soir fin de matinée jusqu'en début de soirée. Mais pour cela les horaires des repas ont dû être étendus de 11h à 14h afin que toutes les interventions ne soient pas en même temps.

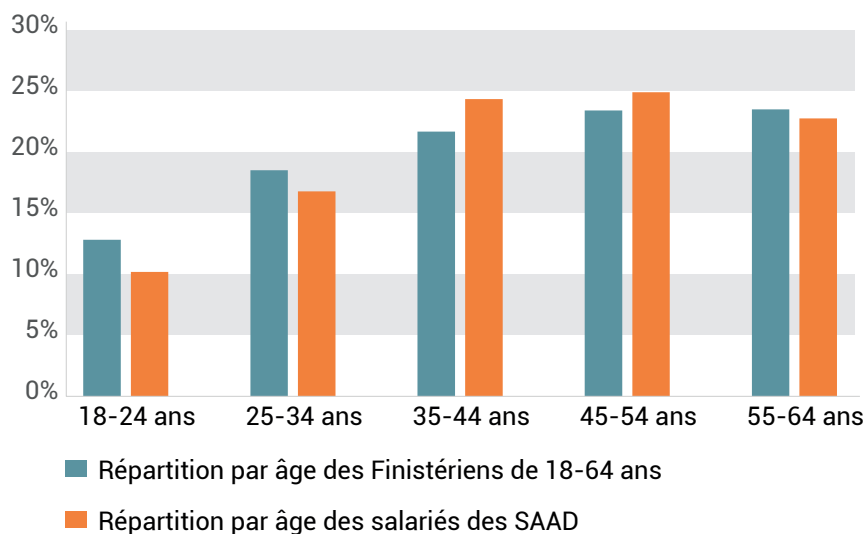
« C'est la condition pour avoir des temps plein et la satisfaction des salarié.e.s. Les horaires du soir sont les plus problématiques. »

Pour les week-end, de rares structures font appel à des CDI étudiants qui ne travaillent que le week-end. Ils sont généralement étudiants dans le sanitaire et peuvent passer à temps plein durant les deux mois d'été.

Avoir recours à des CDI étudiants est une solution financièrement intéressante et qui laisse deux jours de repos consécutifs à plusieurs salarié.e.s (meilleure récupération).

Dans quelques années, les recrutements devraient être de plus en plus nombreux.

Répartition par âge des salariés des SAAD et de l'ensemble des 18-64 ans des Finistériens



Sources : Insee, RGP 2014 et services d'aide à domicile du Finistère. 31/12/2016. Traitement ADEUPa et Insee RGP 2014

Coordination nécessaire et heures « non présentes »

Les chargé.e.s d'évaluation ou les responsables remplissent des grilles avec les souhaits des usagers qui sont construites selon le type de public. Ils évaluent le matériel disponible, et discutent des besoins, des aménagements des locaux, orientent vers les CDAS (Centres Départementaux d'Action Sociale), CLIC (Centre local d'Information et de Coordination gérontologique), MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) et retransmettent le tout aux intervenant.e.s à domicile.

« On prend contact avec la personne, on va au domicile, on présente le livret d'accueil, les objectifs, on écoute ce qu'elle souhaite. On établit un premier projet qui est souvent revu rapidement. On choisit ensuite une personne dispo sur les créneaux horaires demandés. On perçoit un peu le caractère de la personne et on s'arrange pour qu'il coïncide avec celui de l'intervenante. »

Le temps de formation est limité à quelques jours par an ce qui semble insuffisant au vu des différentes situations auxquelles les intervenant.e.s peuvent être confronté.e.s : Alzheimer, addiction,

autisme, traumatisme crânien... Il est très fréquent qu'un.e intervenant.e se retrouve face à des situations inconnues. De même, dans certains cas, des réunions de coordination sont organisées pour gérer les situations les plus délicates.

« Il y a un manque évident de formations adaptées aux nouvelles demandes et nouveau public : les gens sont sur internet, ils veulent des professionnels qui connaissent les pathologies, qui peuvent avoir une analyse de la situation. »

« Les heures improductives sont bénéfiques. Cela signifie réunion de coordination ou formation. C'est nécessaire. Aujourd'hui on parle d'« heure non présente » au lieu de « non productive » c'est moins négatif. Mais on a l'impression que c'est l'inverse. Il en faut pourtant un minimum pour avoir de bonnes conditions de travail. L'isolement est inhérent à l'exercice, la coordination est nécessaire. »

Dans de rares structures, 1 heure par mois de réunion est planifiée par petits groupe d'aides à domicile. C'est l'occasion de se

rencontrer et d'échanger entre elles sur leurs difficultés quotidiennes avec certains usagers. Ces réunions sont généralement bien moins nombreuses dans la pratique car trop onéreuses. Ponctuellement si besoin, des rencontres avec le responsable sur des prises en charges spécifiques peuvent être organisées.

« Si on veut garder des gens dans le métier, il faut des passages institutionnels qui évitent l'isolement. Besoin d'appartenir à une équipe. Ça ne se fait pas avec la dématérialisation. Si on veut être attractif, il faut leur proposer des CDI à temps plein. Si c'est 7h de ménage et accompagnement il y aura de l'usure. S'il y a du temps de coordination, les intervenantes à domicile seront moins en arrêt et elles resteront plus longtemps à leur poste. »

Dans les plus grosses structures, des psychologues travaillent à temps partiel pour accompagner les bénéficiaires mais aussi les salarié.e.s. Ils interviennent généralement lors de décès ou d'agressions mais peuvent également être un soutien en cas d'alcoolisation forte ou de refus de l'intervention.

Quelques bonnes pratiques

La prévention des risques est au cœur des préoccupations de tous les services d'aide à domicile rencontrés. La formation « gestes et postures » est de loin la plus suivie par les intervenant.e.s.

« Le simple fait de parler de prévention, les aides à domicile prennent conscience des risques. On participe à une expérimentation formation « pas mal » par Kiné ouest ; au départ c'était uniquement pour les soignants, maintenant c'est pour tout le monde, même les administratifs. C'est plus général que gestes et postures, ça montre comment dans sa vie de tous les jours il faut faire attention. Ça permet aux agents d'être en capacité de se protéger. »

Partenaire d'un projet avec la CARSAT, deux structures suivent une méthode d'analyse des risques. Elle permet d'avoir un vrai management de la prévention des risques et non plus des actions disjointes. Cette méthode associe intervenant.e.s à domicile, encadrant.e.s et direction pour faire de l'analyse de pratiques.

Quand cela est possible, les nouvelles recrues travaillent la première semaine en binôme avec un.e intervenant.e expérimenté.e. Les emplois aidés permettaient financièrement de payer deux personnes par heure facturée. Cela ne sera plus possible à l'avenir.

« On fait des doublons au début, ce qui est coûteux mais bénéfique. On a bénéficié des emplois aidés pour le faire. 15 emplois aidés sur 17 sont restés pour

anticiper les départs en retraite. L'arrêt des emplois aidés est un réel coup dur. On sait que, quand on fait les doublons, ça marche. Si on balance des gens qui ne connaissent pas le métier, juste avec un planning, c'est insuffisant. Si on veut donner une bonne image du métier, on doit les accompagner. »

Dans cette même optique, une des structures pratique le « marrainage », c'est-à-dire l'accompagnement d'une personne pendant 1 à 2 semaines lors des premières interventions. Un point est fait quelques jours après les débuts en autonomie pour s'assurer que tout se passe comme il le faut. La marraine est le plus souvent une personne fatiguée ou qui revient d'un arrêt maladie, le temps que sa pathologie aille mieux.

Des modes de gouvernance semblables entre structures publiques et associatives

Parmi les 36 structures finistériennes habilitées à l'aide sociale, seules 6 n'ont pas le statut d'association, ce sont des CCAS. Il existe deux types de gouvernance mais au fonctionnement équivalent. Elles sont dirigées toutes deux par un conseil d'administration et un bureau.

Le Conseil d'administration est parfois composé de 2 collèges :

1^{er} collège : administrateur.ice.s élu.e.s parmi les adhérents de l'association à jour de leur cotisation

2^{ème} collège : administrateur.ice.s élu.e.s parmi le personnel d'intervention employé par l'association locale.

Cependant, dans la plupart des associations, le second collège composé

de salarié.e.s n'existe pas. Il est rare que ces derniers participent au processus décisionnel de leur structure.

Dans tous les cas, le conseil d'administration dirige et anime l'association. Il élit un bureau. Celui-ci se compose au minimum d'un président.e, d'un.e secrétaire et d'un.e trésorier.ère. Le bureau se réunit entre 2 et 6 fois par an selon les structures.

Les administrateur.ice.s représentent l'association dans tous les actes de la vie civile.

Ils sont chargés d'assurer le bon fonctionnement de l'association et l'application des décisions prises lors des assemblées générales. Le conseil d'administration se réunit entre 1 et 5

fois par an et établit un procès-verbal des réunions. Il adopte le budget primitif et gère le budget de l'association.

La.le président.e :

- anime la vie associative et statutaire,
- assure la fonction et la responsabilité d'employeur
- assure la communication et contribue au développement
- représente l'association

Généralement, la.le Président.e assure conjointement avec la.le Directeur.ice la gestion des ressources humaines et du budget. Directeur.ice et Président.e forment un duo nécessairement en bonne entente. Ils doivent avoir une vision commune de la stratégie à mettre en œuvre pour la structure.

D'une fédération à la fusion des associations : modifications récentes

La procédure de liquidation de la fédération ADMR 29 en 2012 à cause d'un déficit de 3 millions d'euros (laissant derrière elle 85 associations pour environ 3 500 salarié.e.s) a entraîné une réorganisation territoriale importante. En effet, la fédération assurait les services de facturation et de paiement des salaires qui ont dû être incorporés dans chaque SAAD. Le Conseil départemental a alors poussé les associations à fusionner afin de mutualiser les services. Les différents secteurs (ou antennes) doivent aujourd'hui travailler ensemble, ce qui peut causer des difficultés organisationnelles.

« On veut raisonner globalement et non plus par antenne pour les plannings. On essaie de lisser pour les 6 anciennes structures. Mais c'est au forceps, personne ne veut changer ses habitudes. »

Auparavant, la fédération gérait la facturation des heures et le paiement des salaires, les directions avaient une moins bonne visibilité de leur gestion. Désormais, les directions ont repris le contrôle complet de l'évaluation de leur coût réel. Cela entraîne souvent une nécessaire restructuration du service.

Certaines contraintes techniques telles que l'utilisation de logiciels différents viennent complexifier la fusion et ajoutent

un coût supplémentaire. De même, dans certains cas, la réorganisation entraîne un alourdissement des charges fixes qui n'avaient pas été anticipé. Dans plusieurs cas, l'ensemble du personnel d'encadrement et administratif est resté en place, ce qui a beaucoup augmenté le coût de revient d'une heure facturée.

« Maintenant on a la taxe professionnelle, le CE obligatoire etc. On n'est pas certain de finir l'année. »

Malgré les nombreuses fusions, il reste de petites structures, particulièrement en milieu rural. Pour celles-ci, les frais liés à l'amélioration de la qualité de service (livret d'accueil, évaluation, projet de service, etc.) sont les mêmes que pour les structures plus importantes. La question d'une mutualisation de ces outils entre ADMR par exemple pourrait se poser, certaines étant plus en avance que d'autres sur ce point.



Photo : Jean Yves Guillaume - Brest métropole

Le rôle des bénévoles dans les associations

« Avec les fusions, les usagers ont perdu la proximité, avant les bénévoles faisaient davantage de visites ».

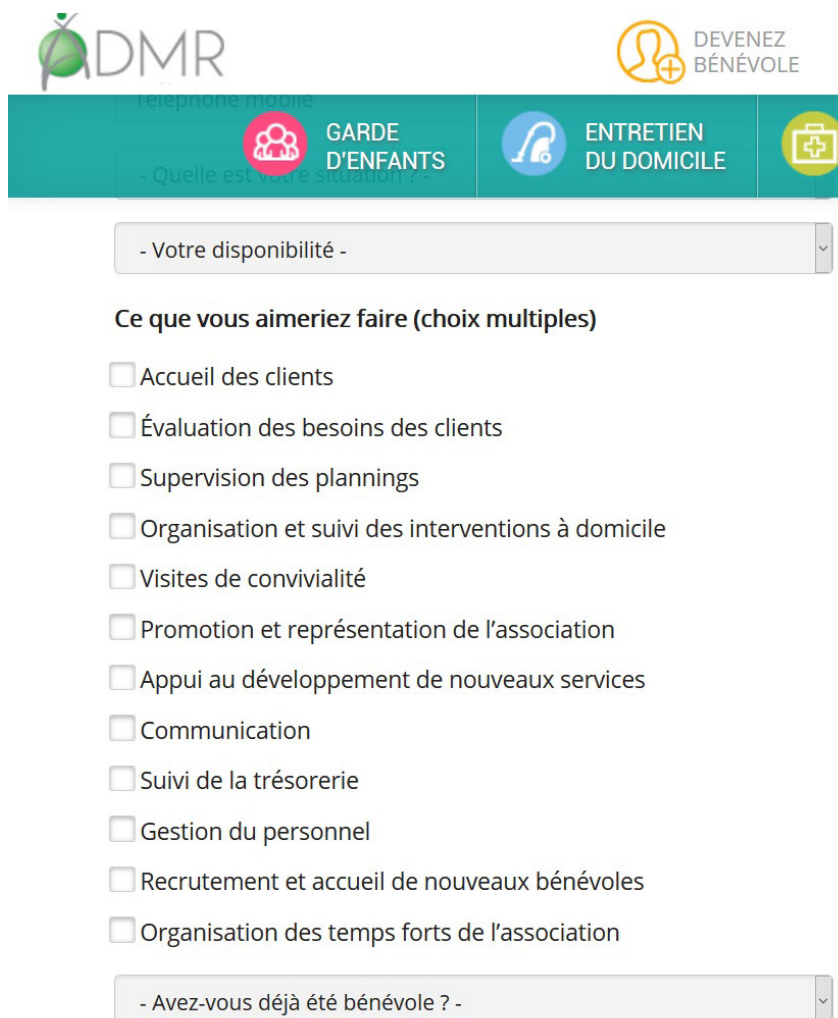
D'après le site national de la fédération des ADMR, en fonction de leur compétences et de leurs envies, les bénévoles peuvent assurer diverses tâches.

Aujourd'hui dans le Finistère, les bénévoles ne s'occupent plus de la gestion du personnel, des plannings, ni, le plus souvent de l'évaluation des besoins. Ce sont des professionnel.le.s salarié.e.s et formé.e.s dans ces domaines qui assurent ces différents rôles.

« Les personnes âgées ne savent pas quels sont nos domaines de compétences. Les bénévoles ne faisaient la promotion que du ménage. Notre nouvelle responsable de secteur est une professionnelle donc elle informe de tout ce qui est possible. »

Les bénévoles se sont repositionnés davantage sur le lien aux familles et la lutte contre l'isolement. Un peu démunis dans un premier temps, dans certains services, ils ont réussi à mettre en place de nouvelles actions (temps de partage, de lecture, rencontres, etc).

Tâches proposées en bénévolat sur le site de l'ADMR (national)



The screenshot shows the ADMR national website interface. At the top, there is a header with the ADMR logo and a button labeled 'DEVENEZ BÉNÉVOLE'. Below the header, there is a navigation bar with three main categories: 'GARDE D'ENFANTS' (with a family icon), 'ENTRETIEN DU DOMICILE' (with a house icon), and a third category with a medical icon. Below the navigation bar, there is a dropdown menu labeled '- Votre disponibilité -'. Underneath, there is a section titled 'Ce que vous aimeriez faire (choix multiples)' with a list of tasks, each preceded by an unchecked checkbox: 'Accueil des clients', 'Évaluation des besoins des clients', 'Supervision des plannings', 'Organisation et suivi des interventions à domicile', 'Visites de convivialité', 'Promotion et représentation de l'association', 'Appui au développement de nouveaux services', 'Communication', 'Suivi de la trésorerie', 'Gestion du personnel', 'Recrutement et accueil de nouveaux bénévoles', and 'Organisation des temps forts de l'association'. At the bottom, there is another dropdown menu labeled '- Avez-vous déjà été bénévole ? -'.

Sources : Site internet de l'ADMR



Photo : Julien Ogor - Brest métropole

Le cas particulier de la fonction publique territoriale

Les CCAS porteurs de services d'aide à domicile sont de moins en moins nombreux. Certains ont renoncé récemment à leur service d'aide à domicile. Les CCAS de Plougastel-Daoulas et Landerneau géraient des services d'aide à domicile qui ont été transférés aux ADMR. Avec la professionnalisation du secteur, certaines structures ne se sont pas senties en mesure de pouvoir faire face aux changements.

« Autrefois, c'était un travail un peu artisanal, il n'y avait pas réellement de gestion de plannings, les salarié.e.s n'avaient pas de vrai statut ».

Hormis quelques exceptions, les SAAD des CCAS sont de petite taille. La direction du SAAD est la même que celle du CCAS, ce qui oblige la.le directeur.rice à partager son temps.

Les membres du conseil d'administration sont des élu.e.s locaux. Le territoire des CCAS se limite à la commune, sauf pour le SAAD de Daoulas qui s'étend sur 8 communes.

Les CDD sont rémunérés sur la base du régime indemnitaire majoré pour l'ensemble du personnel. Cela correspond à quelques euros de plus que le SMIC, soit plus que le salaire en association. Les titulaires évoluent dans leur carrière classique « fonction publique » avec le régime indemnitaire, qui est variable selon le diplôme. Contrairement à la convention de branche des associations, la rémunération peut augmenter avec le changement d'échelon tandis que pour les associatifs, seule l'obtention d'un meilleur diplôme permet d'augmenter le salaire.

En matière de formation, le CNFPT (centre national de la fonction publique territoriale) ne propose aucune formation adaptée aux services d'aide à domicile ; cette absence d'offre constitue un problème car l'accès aux formations type « gestes et posture » a un coût important pour les CCAS s'ils passent par des organismes privés.



Photo : Pierrick Ségalen - Brest métropole

Structures hiérarchiques

À l'exception des services d'aide à domicile de très petite taille, l'organisation des services est toujours la même : un.e directeur.ice, des cadres ou responsables de secteur et les intervenant.e.s à domicile. Dans les structures importantes, on peut trouver deux niveaux de responsables et des assistant.e.s. Le territoire d'intervention par secteur permet de limiter les déplacements. Il s'agit rarement de plus de trois communes. Pour Brest, la commune est également divisée en plusieurs secteurs.

Les secteurs sont souvent ceux des anciennes associations avant leur

fusion. Ainsi, le personnel a pu continuer à fonctionner de la même manière qu'auparavant.

Les différents responsables et la direction se réunissent régulièrement afin d'harmoniser au maximum les méthodes de travail entre les antennes. Cela se fait progressivement puisque entre certaines structures il existe encore de nombreuses différences : véhicule professionnel à disposition ou non, logiciels de smartphone différents, etc.

Sauf dans les rares cas où une personne spécifique est dédiée à ce rôle, c'est le

responsable qui réalise l'évaluation des besoins à domicile. Chacun s'accorde sur le fait qu'une visite par an au domicile serait un idéal mais qui semble difficile à atteindre.

« Le quotidien prend beaucoup de temps. Management, évaluation des situations, gestion planning avec assistant technique, les urgences, annulation, sorties hospitalisation, personnes pas contentes, plainte qualité des prestations, aides à domicile pas contentes du planning. Il y a trop de quotidien, on n'a plus assez de temps pour notre métier. »



Photo : Mathieu Le Gall - Brest métropole

Chacun s'accorde sur le fait qu'une visite par an au domicile serait un idéal pour réévaluer les besoins mais cet objectif semble difficile à atteindre. ..

Limites financières

Toutes les structures facturent aux usagers l'heure de présence au domicile, mais les salarié.e.s sont payé.e.s pendant leurs trajets, les réunions, les formations... de même que le personnel administratif et d'encadrement. Ainsi, chaque SAAD essaie de limiter ces heures dites « improductives ».

Tous les directeur.ice.s rencontré.e.s s'accordent sur le fait qu'il serait préférable d'obtenir un financement sur la base d'un nombre d'usagers (et non sur un nombre d'heures) et sur un niveau moyen de dépendance, exactement comme en EHPAD : une dotation globale.

Un mode de financement portant sur l'ensemble de la structure permettrait d'intégrer tous les éléments de gestion du personnel et d'avoir de souplesse envers les usagers en fonction de leurs besoins.

« On augmente les tarifs car la dépendance est de plus en plus importante et elle a un coût. On est loin des 25 euros qu'il faudrait pour fonctionner normalement (formation, meilleurs salaires). Il faut arrêter de fonctionner en tarif horaire, il vaudrait mieux des forfaits. »

Certaines structures cherchent d'autres types de financement, par exemple en répondant à des appels à projet. Cela

permet de valoriser le métier en permettant à certain.e.s aides à domicile de faire de l'animation (atelier cuisine par exemple) ou d'améliorer la qualité de service en faisant de l'analyse de pratique.

L'évolution de l'activité est très différente selon les territoires. La baisse d'activité entraîne souvent un surcoût financier dans la mesure où le personnel administratif reste en place et que le nombre d'heures facturées diminue.

ET DANS LES SERVICES PRIVÉS ?

Tout comme dans les services habilités à l'aide sociale, les structures privées emploient beaucoup de salarié.e.s à 130h – 140h, peu de temps plein et peu de contrats avec peu d'heures. Globalement, les problématiques de planning ou de coordination sont les mêmes.

« On passe à la modulation en juin : annualisation donc plus de liberté. 130 h ça fait des bons plannings, certaines voudraient plus, on s'en rapproche, certaines ne veulent pas plus. Beaucoup de travail le week-end, 6 heures par jour. »

L'une des structures rencontrées a une grille salariale plus avantageuse que la convention collective : 9,98 €/h pour les assistant.e.s de vie 2, 10,39 €/h pour les assistant.e.s de vie 3. Les salarié.e.s ont la possibilité de prendre des astreintes (rémunérées 2h30 de travail). Dans une autre structure, le niveau de diplôme ne joue pas sur le salaire, ce sont les tâches réalisées et le niveau de difficultés des missions qui sont pris en compte.

Pour toutes les structures rencontrées : 0,24 € du km et 0,35 € pour les courses, exactement ce qui est inscrit dans leur convention collective.

« C'est du 24/24. Il faut qu'il y ait toujours quelqu'un sur le pont à 7h. »

« On les pousse à faire des VAE mais il faut que ça reste une démarche personnelle. Financièrement, ça ne change rien d'avoir un diplôme. On paie à la fonction, pas au diplôme. C'est la reconnaissance de ce qu'elles font. Elles sont souvent impliquées.

La politique des structures privées est 100 % de CDI et pour quelques-unes d'entre elles 100 % diplômé.e.s.

« On a en moyenne 2 CDD de 15 jours vraiment si besoin. Toutes celles qui le souhaitent sont passées à temps plein. On définit avec les salarié.e.s le temps de travail. Près de 40 % à temps complet. »

« Pas de troubles musculo-squelettiques car il y a beaucoup de choses qu'elles ne font pas, et elles ont des karchers pour les vitres. Elles sont quasiment toutes diplômées, 2 ne le sont pas mais elles vont commencer VAE, elles ont fait des formations. »

Les services d'aide à domicile non habilités à l'aide sociale sont globalement organisés de la même manière que les autres : une.un responsable et éventuellement une.un assistant.e par antenne, chacune limitée à quelques communes. Au siège se trouve le backoffice : comptabilité, paie, ressources humaines, contrats, entretiens, accord d'entreprise, formations...

C'est l'assistant.e ou la.le responsable qui fait les évaluations à domicile. Une fois par an, il repasse au domicile, sauf en cas de changement de situation où ce sont les aides à domicile qui font remonter les informations.

Les services rencontrés sont organisés en club d'entreprises d'aide à la personne. De ce fait, il y a peu de concurrence entre eux, certains font peu de handicap, d'autre peu de ménage de confort, donc en cas de besoin ils peuvent s'échanger des CV ou réorienter les usagers en fonction de leur demande.

Le maintien à domicile étant un enjeu majeur, les collectivités territoriales devront trouver de nouvelles approches pour améliorer l'attractivité du métier et ainsi faciliter les recrutements, condition essentielle pour maintenir une bonne qualité de service.

La méthode :

22 structures ont été entendues en entretiens longs semi-directifs : 18 associatifs ou CCAS autorisés et habilités à l'aide sociale ainsi que 4 SAAD privés autorisés. Tous les directeur.ices ont été rencontré.e.s ainsi que beaucoup d'encadrant.e.s et d'intervenant.e.s à domicile. Au total, 46 entretiens (individuels ou collectifs) ont été réalisés en janvier et février 2018 avec une ou plusieurs personnes.

